FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 novembre 1908, à 1 heure

Par **Léon CAMBORNAC**

Né à Vers (Lot), le 8 août 1881

Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse

ETUDE

SUR

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

EN FRANCE

Président : M. CHANTEMESSE, *professeur.*

Juges : MM. HUTINEL et ALB. ROBIN, *professeurs*
CASTAIGNE, *agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*

(Anciennement : 26 rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. N***. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FIANCEE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

PROFESSEUR D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INSPECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES SANITAIRES

MÉDECIN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

DE TOULOUSE ET DE PARIS

AVANT-PROPOS

Au terme officiel de nos études médicales, c'est pour nous un agréable devoir d'adresser à tous ceux qui furent nos maîtres, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

A nos maîtres de Toulouse, à ceux qui nous initièrent à l'étude de la médecine et qui, pendant quatre ans, nous prodiguèrent leurs conseils et leurs leçons, nous envoyons un souvenir ému. Nous n'oublierons pas l'insigne faveur qu'ils nous accordèrent, en nous attribuant le prix Lefranc de Pompignan.

Grâce à ce prix, nous avons pu venir continuer et terminer nos études auprès de la vieille et célèbre Faculté de Paris. Les maîtres que nous y avons trouvés, et ceux dont nous avons été le stagiaire bénévole dans de nombreux hôpitaux, voudront bien, pendant quelque temps encore, nous réserver leur accueil bienveillant et nous permettre de nous perfectionner auprès d'eux dans l'art si difficile de guérir.

Que M. le Professeur CHANTEMESSE, en particulier,

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien agréer nos respectueux remerciements.

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par le spectacle navrant des quelques grèves médicales qui ont marqué les dissensions entre Conseils généraux et médecins de l'Assistance médicale gratuite. La loi qui régit cette assistance, déjà en vigueur depuis plus de dix ans, devrait, semble-t-il, être suffisamment entrée dans nos mœurs, pour rendre impossibles de tels conflits. Quelles en sont les causes et quels en sont les remèdes? Nous avons pensé qu'il serait intéressant et profitable à la fois pour un futur praticien appelé à devenir médecin de l'Assistance, de rechercher ces causes et ces remèdes dans l'étude de la loi du 15 juillet 1893 et de son application.

Après un coup d'œil rapide sur l'histoire et l'évolution des institutions d'assistance médicale, nous étudions d'abord les caractères et les dispositions principales de la loi de 1893, en nous inspirant des Commentaires publiés par M. Campagnole, docteur en droit, chef de bureau au Ministère de l'Intérieur, qui a bien voulu nous donner quelques précieux conseils.

Dans un second chapitre, nous voyons en détail comment ont été organisés dans les départements les services d'assistance médicale, et comment ont fonctionné ces services au point de vue tant de l'assistance à domicile que de l'assistance hospitalière. Un mot sur le contrôle et sur les abus, complète cette étude.

Dans la dernière partie de notre travail, nous propo-

sons quelques réformes qui, à notre avis, doivent avoir pour résultat de limiter et de restreindre les dépenses, de prévenir les conflits que l'application de la loi a entraînés.

Que M. Talou, conseiller général du Lot, et M. Manhiabal, économe de l'Hôpital-Hospice de Cahors, qui nous ont guidé de leurs conseils et qui ont facilité nos recherches, veuillent bien agréer, avec l'expression de notre respectueuse amitié, nos meilleurs remerciements.

CHAPITRE PREMIER

L'ASSISTANCE MÉDICALE ET LA LOI DE 1893

Article 1er. — L'assistance avant la loi.

C'est dans la Constitution de 1848 que le mot assistance a été employé pour la première fois dans le langage officiel pour exprimer l'action tutélaire et bienfaisante de la Société envers ceux de ses membres que l'âge, les maladies ou les infirmités mettent dans l'impuissance de se suffire à eux-mêmes.

Pour nous en tenir à l'assistance des malades privés de ressources, il est incontestable que la chose est bien plus ancienne que le mot. On peut même dire qu'elle existe depuis qu'il y a des médecins, assurée soit par la Société consciente de ses devoirs, soit par le Corps médical dont le dévouement et le désintéressement ont été de tout temps reconnus.

On en trouve la preuve dans l'antique Ayur-Véda de l'Inde, dans lequel on lit : « Le médecin soignera tous ceux qui s'adresseront à lui d'une manière polie et con-

venable, les hôtes, les pauvres, les délaissés. » En Egypte, aux temps des Pharaons, existaient des médecins payés sur le trésor public et chargés du soin des pauvres. La civilisation gréco-romaine ne suivit pas ce conseil barbare de Platon : « Il ne faut pas s'occuper du pauvre quand il est malade, afin de ne pas prolonger sa misère... » Les archiatres chez les Grecs avaient comme les médecins entretenus dans les communes par les décurions romains la mission de traiter gratuitement les malades dénués de ressources.

Avec notre ère, sous la puissante impulsion de la charité chrétienne, les œuvres d'assistance prennent un développement considérable. On construit de nombreux hôpitaux. Dans les grands centres on constitue des diaconies dans chacune desquelles les diacres avaient entre autres attributions celles de visiter et de soigner les malades. A ce moment l'assistance tout entière est entre les mains du clergé : la médecine et le sacerdoce sont même confondus.

Au moment des croisades toutes ces institutions, compromises par le retour de la barbarie, reprennent une vie nouvelle, en présence des fléaux engendrés par ces guerres lointaines, en présence surtout de l'extension terrible de la lèpre. De toutes parts se fondent des léproseries et des maladreries, tandis que de nombreux ordres monastiques se consacrent spécialement aux soins des malades.

La monarchie ne se désintéresse pas de ce mouvement social si important. Charlemagne avait décrété la création d'une assistance communale et paroissiale ; en

introduisant l'élément civil dans le domaine de la charité, il avait été le premier laïcisateur. Plus tard François Ier rend des ordonnances établissant une organisation sérieuse de l'assistance à domicile. Charles IX signe le fameux édit de Fontainebleau préparé par Michel de l'Hôpital contre les abus et fraudes dont les hôpitaux sont l'objet. Louis XIV établit les dépôts de mendicité qui sont de vraies infirmeries, et Louis XV fait distribuer par les fermiers généraux des boîtes de médicaments.

Au XVIIe siècle, une tentative privée d'organisation de l'assistance médicale mérite d'être signalée. Théophraste Renaudot, médecin et fondateur du journalisme, ouvre son fameux Bureau d'adresse et de rencontre. « A ce bureau, écrit-il, les pauvres artizans et autres mesmes gens malades trouveront l'adresse de médecins, chirurgiens et apothicaires qui sans doute ne voudront pas céder à d'autres l'honneur de consulter, soigner, et préparer gratuitement quelques remèdes à ces pauvres gens qu'on leur adressera. »

Malgré les efforts combinés de la charité publique et de la charité privée, l'assistance est loin de suffire aux nécessités les plus urgentes, et la situation de la plupart des hôpitaux est déplorable.

Tandis que savants et philanthropes discutent sur les moyens propres à remédier à un tel état de choses, la Révolution éclate. L'Assemblée Législative étudie un vaste projet d'organisation de la bienfaisance officielle. La Convention vote les lois du 24 vendémiaire et du 22 floréal, an II, qui assurent des secours à domicile

pour les malades pauvres, et des maisons de santé ouvertes aux malades sans domicile.

Mais faute de ressources, ces lois reçurent à peine un commencement d'exécution.

Après les guerres de l'Empire, le Corps médical traverse une période critique; malgré son zèle et son dévouement, il ne peut plus assurer sans rémunération le traitement des indigents. A grands cris, il réclame l'intervention de l'État. Mais quelques départements seulement imitant ceux du Haut et du Bas-Rhin, organisent un service public d'assistance médicale gratuite. Encouragé par des circulaires ministérielles en 1854 et 1855, ce mouvement s'accentue très lentement. En 1893, 46 départements possèdent un tel service, et encore plus ou moins complètement organisé : treize mille communes et onze millions d'habitants, c'est-à-dire moins d'un tiers de la France, bénéficient de cette organisation.

Comme l'avait fait prévoir la Faculté de Strasbourg, le caractère facultatif de l'Assistance médicale a été le vice radical des services organisés : pour l'assistance, comme pour l'instruction, l'obligation est nécessaire. Seule une loi peut imposer cette obligation. Maintes fois dans le cours du siècle dernier, les assemblées délibérantes avaient abordé ce sujet. Chaque fois on proclamait solennellement la nécessité d'instituer un service médical pour les indigents ; mais la dette de la société une fois reconnue, on négligeait de l'acquitter.

Enfin en 1886 la création d'une Direction de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, bientôt suivie de l'institution du Conseil supérieur de l'Assistance

et de l'Hygiène publiques, témoigne de la part du Gouvernement du désir sincère d'aboutir à une solution de ce problème difficile. Soigneusement étudié et préparé, un projet de loi est déposé sur le bureau des Chambres et voté par elles.

La nouvelle loi est promulguée le 15 juillet 1893.

Article 2. — La loi de 1893.

Au lieu de reproduire ici simplement le texte de la loi, nous avons préféré, brisant son cadre rigide de titres et d'articles, mettre en relief et interpréter ses dispositions essentielles. Nous laissons de côté tout ce qui n'est que financier ou administratif.

1° *Quels sont les bénéficiaires de la loi ?*

L'assistance médicale gratuite est accordée à tout Français malade, privé de ressources (Art. 1). Il n'est donc pas nécessaire d'être inscrit sur la liste des indigents pour en bénéficier, et cela se comprend. Tel individu, pouvant subvenir par son travail aux besoins de sa famille, n'est pas indigent; s'il tombe malade, il n'en est pas moins incapable de se soigner lui et les siens.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades et traitées commes telles. Mais les vieillards, les infirmes, les incurables sont laissés en dehors, et, depuis 1905, bénéficient d'une loi spéciale.

Il n'est fait aucune distinction entre les diverses catégories de malades : ne sont donc point exclus du bénéfice de la loi les épileptiques, les syphilitiques, ceux qui sont atteints d'affections organiques constitutionnelles, et même ceux qui ont besoin d'un traitement thermal.

Quant aux étrangers ils doivent, pour pouvoir réclamer des soins gratuits, appartenir à une nation qui ait conclu avec la France un traité d'assistance réciproque. Néanmoins ceux qui ne remplissent point cette condition ne sont pas, en cas d'indigence et de maladie, privés de tout secours ; ils bénéficient alors de l'article 1er de la loi de 1851 qui leur permet de se faire hospitaliser.

2° *Par qui et comment sont dressées les listes d'assistés.*

Un bureau spécial, le bureau d'assistance est chargé de dresser la liste de ceux qui sont appelés à bénéficier de la loi de 1893 (Art. 10). Il comprend sept membres : le maire de la commune, président, deux délégués du conseil municipal, et quatre membres nommés par le préfet. Cette composition est en somme la même que celle des bureaux de bienfaisance ; et dans les communes où il existe déjà un bureau de bienfaisance, les deux se confondent. S'il y a dans la commune un hôpital ou un hospice, la commission administrative de cet établissement et le bureau de bienfaisance réunis forment le bureau d'assistance.

Ce bureau se réunit au moins quatre fois par an. Il dresse, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, la liste des personnes qui doivent être admises à l'assistance médicale, et il procède à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

La commission du bureau d'assistance a, pour l'aider et l'éclairer dans sa tâche, des collaborateurs compétents. Ce sont d'abord le receveur municipal et un des répartiteurs de la commune : mieux que personne, ils peuvent fournir des renseignements exacts sur la fortune de chaque habitant. D'autre part l'intervention des médecins chargés du service constitue une garantie contre l'extension abusive de la liste, puisque leur intérêt professionnel demande que les secours soient réservés à ceux-là seuls qui ne peuvent se suffire à eux-mêmes.

Ces collaborateurs peuvent assister aux séances de la commission du bureau d'assistance. Ils peuvent prendre part aux délibérations, mais leur présence n'est pas une condition essentielle pour la validité des délibérations. Toutefois leur convocation est obligatoire sinon d'après la lettre de la loi, du moins d'après son esprit : l'obligation a été bien spécifiée pendant les discussions à la Chambre et dans la circulaire ministérielle du 18 mai 1894.

L'établissement de la liste par le bureau d'assistance n'est pas définitif. C'est le conseil municipal qui, délibérant en comité secret, après avoir ajouté ou retranché, arrête la liste des assistés, sans être lié par les décisions du bureau (Art. 14).

Cet établissement n'est pas non plus sans appel. En effet, pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt de la liste au secrétariat de la mairie, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune (Art. 16). Ce droit de réclamation appartient aussi au préfet ou à son délégué depuis 1898 (Loi des finances, art. 58).

Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une commission cantonale qui se compose du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement, et du juge de paix du canton (Art. 17).

Des inscriptions peuvent être faites en dehors des réunions ordinaires par le bureau et même par le président seul, s'il y a impossibilité de réunir à temps le bureau. Ces admissions d'urgence sont faites en faveur d'individus qui n'étaient pas dénués de ressources au moment de la confection des listes et qui le sont devenus au moment où ils tombent malades (Art. 19).

Il en est rendu compte au conseil municipal à la session suivante.

3° *Où l'assisté reçoit-il les secours ?*

Dans le plus grand nombre des cas, les soins doivent être donnés à domicile, dans la famille. Ce n'est que s'il y a impossibilité de soigner utilement l'assisté à domicile, qu'il faut l'admettre dans un établissement hospitalier (Art. 1er).

La préférence à accorder à l'assistance à domicile est justifiée au triple point de vue moral, hygiénique et économique. En effet le malade restant auprès des siens et recevant d'eux les soins dont il a besoin, les liens de la famille ne se trouvent pas ainsi subitement relâchés. Dans un milieu plus sain, dans un air plus pur, heureux de voir autour de lui des visages amis, il se rétablit beaucoup plus vite. Enfin, le traitement à domicile qui revient en moyenne à 7 francs est beaucoup plus économique que le traitement à l'hôpital dont la moyenne s'élève à 37 francs. D'ailleurs les malades de la campagne éprouvent généralement pour l'hospitalisation une répugnance très difficile à vaincre.

En prévision de l'hospitalisation de ses malades chaque commune est rattachée à un ou plusieurs hôpitaux désignés par le Conseil général et choisis parmi les plus voisins. Le certificat d'admission doit être délivré par le médecin et contresigné par le président du bureau d'assistance. L'impossibilité de soigner utilement le malade à domicile doit être dûment constatée dans ce certificat et motivée d'une façon précise (Art. 3).

Pour ménager la transition entre la famille et l'hôpital, il y a le dispensaire, où à jour fixe pourraient être données des consultations gratuites et où les malades recevraient des soins et des médicaments (Art. 5).

4° *Comment sont organisés les services de l'assistance médicale ?*

La loi n'a pas voulu donner à toute la France une organisation uniforme, et c'est là une de ses caractéris-

tiques. Elle a fait œuvre de décentralisation, se contentant par des dispositions générales d'assurer l'unité dans la variété.

Chaque département doit, sous l'autorité du préfet, et par l'organe de son conseil général, organiser son service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources (Art. 4). C'est donc un service départemental.

On n'a pas pris la commune, comme base d'organisation, quoique ce soit à elle qu'incombe principalement le devoir d'assistance. Et cette solution est conforme à la nature même des choses : la commune en effet est trop petite et trop faible pour faire face à tous les cas. Par contre, l'État est trop loin, son action est trop uniforme. Ces deux collectivités ne sauraient toutefois se désintéresser d'une œuvre qui peut mettre à leur charge de lourdes dépenses.

Dans la pensée du législateur, c'est le préfet, sous l'autorité duquel le service est placé, qui sera devant le Conseil général le représentant de l'État et le défenseur qualifié des intérêts des communes.

Le Conseil général a donc toute latitude pour organiser le service d'assistance médicale, en tenant compte des convenances, des traditions et des habitudes locales, et sous la seule réserve de se maintenir dans les conditions déterminées par la loi.

En cas de défaut de délibération du Conseil général sur cette organisation, il pourra y être pourvu par un décret rendu dans la forme des règlements d'adminis-

tration publique (Art. 5), c'est-à-dire le Conseil d'État entendu.

Les prescriptions de la loi ne s'étendent pas aux villes déjà pourvues d'un système d'assistance publique, qui peuvent ne pas être englobées dans l'organisation départementale.

En effet une décision spéciale du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique, peut autoriser à avoir une organisation spéciale les communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades pauvres. (Art. 35).

Nous n'exposerons pas ici le détail des divers modes d'organisation adoptés par les conseils généraux : nous entrerions dans l'exposé de l'application de la loi qui va être étudiée au chapitre II.

CHAPITRE II

APPLICATION DE LA LOI DE 1893

L'application de la loi s'est faite en deux étapes : on a d'abord organisé et réglementé au point de vue théorique les services de l'assistance médicale ; on a ensuite fait passer dans la pratique et fonctionner les règlements adoptés. Après un rapide coup d'œil sur la marche générale de cette application, nous étudierons successivement l'organisation et le fonctionnement des services, et nous dirons un mot en terminant des services autonomes.

Article 1er. — Marche générale.

Les conseils généraux, invités à exercer leurs pouvoirs pour l'organisation et le fonctionnement de l'assistance médicale gratuite, ne le firent qu'avec un médiocre empressement. Plusieurs semblèrent ne pas comprendre le mécanisme de la nouvelle loi. Beaucoup hésitaient devant la perspective de dépenses nouvelles dont il était difficile d'évaluer l'étendue avec quelque

précision. D'autre part, il y en eut qui parvinrent difficilement à faire accepter leurs décisions par le Corps médical.

Le gouvernement avait fixé au 1er janvier 1895 la date à laquelle la loi devait recevoir son exécution pratique. Mais à cette date le service ne commença à fonctionner d'une façon complète que dans 47 départements ; si nous nous rappelons qu'avant la loi, 46 avaient une organisation assez avancée, nous ne pouvons trouver ce début bien brillant. En 1896, il y a progrès : 9 départements seulement restent réfractaires. D'année en année leur nombre va s'atténuant.

Quelques malentendus, une fausse interprétation de la loi ont souvent été cause de ce retard. Mais la cause principale réside dans la peur des impositions nouvelles, peur qui se traduit dans cette déclaration typique d'un conseiller général du Morbihan : « Nous devons nous trouver très heureux d'éviter encore cette nouvelle charge aux contribuables du département. »

Le Lot-et-Garonne en 1904, la Savoie en 1905 ont fini par élaborer un règlement et doter les services de l'assistance médicale.

C'est le département de la Seine qui s'est montré le plus réfractaire à la nouvelle réforme. D'abord on attendait une décision du Conseil d'État au sujet d'un point spécial de la loi. Ensuite un projet de règlement, élaboré par l'administration préfectorale, reste indéfiniment à l'étude. La situation spéciale de la ville de Paris a permis à ses habitants de ne point trop souffrir de ce retard.

Article 2. — Organisation des services.

§ 1. — *Assistance hospitalière.*

Dans les communes possédant un hôpital, l'assistance hospitalière fonctionnait avant 1895 d'une façon convenable. La loi de 1851 avait étendu aux habitants des campagnes le bénéfice de l'hospitalisation. Mais la désignation des hôpitaux départementaux dans lesquels ils devaient être reçus n'avait pas été faite régulièrement, et les hospitalisations étaient très rares. Sur ce point la loi de 1893 a comblé les lacunes de sa devancière.

L'organisation hospitalière, vieille de plusieurs siècles n'avait besoin que d'une mise au point pour répondre aux nécessités nouvelles.

Une opération s'imposait tout d'abord pour connaître les moyens dont on disposait : c'était le recensement général des lits d'hôpital qu'aurait à sa disposition le nouveau service. Besogne purement administrative qui s'est faite avec une déplorable lenteur. En 1903, le total des lits disponibles s'élevait à 108.395.

En second lieu, il fallait désigner les hôpitaux auxquels seraient rattachées les communes, autrement dit former des circonscriptions hospitalières. Le rattachement s'est fait assez régulièrement. On a même fait des rattachements à plusieurs degrés, selon la nature des maladies à traiter, tous les hôpitaux ne disposant pas d'un outillage et d'une installation suffisants pour recevoir toutes

les catégories de malades. En 1902, il existait 1.204 hôpitaux de rattachement.

Le nombre des hôpitaux et des lits disponibles n'est évidemment pas suffisant. Aussi la loi a-t-elle prévu avec sagesse, des dépenses extraordinaires qui doivent être consacrées à la construction de nouveaux hôpitaux, et à l'agrandissement et à l'amélioration des anciens. Comme l'avait proposé le Dr Rey, député du Lot, les ressources correspondantes sont constituées par le tiers des sommes prélevées pour les œuvres de bienfaisance sur les fonds du pari mutuel. Une commission spéciale, qui se réunit au ministère de l'Intérieur a distribué pendant la période 1896-1905 près de quatorze millions dont ont bénéficié 620 établissements.

§ 2. — *Assistance à domicile*

C'est surtout dans l'organisation de l'assistance à domicile que nous trouvons la variété de moyens signalée comme un des traits caractéristiques de la nouvelle loi.

L'entreprise est neuve et hasardeuse : il s'agit de réglementer pour la première fois en France une pratique qui n'avait jamais été fixée même dans ses lignes principales.

a). — *Désignation des praticiens.* — Deux systèmes principaux sont en vigueur pour la désignation des praticiens. Dans un premier système, dit « des circonscriptions médicales », le département est divisé en un certain nombre de sections, dans chacune desquelles tantôt

un médecin désigné par le Préfet est chargé de soigner tous les assistés, tantôt chaque assisté peut faire appeler à son choix un des médecins habitant dans la circonscription. Lorsque les limites de la circonscription se confondent avec celles du canton, on a alors le système cantonal. Dans ce dernier cas un seul médecin nommé par le Préfet, assure généralement le service.

Dans le système vosgien ou landais, ainsi appelé du nom des régions où il fut adopté pour la première fois, l'assisté peut choisir le médecin à sa guise. Liberté entière du malade et du médecin, telle est sa devise.

Ce dernier système, véritablement idéal, est rarement appliqué sans restrictions. En raison des dépenses qu'elle entraîne, la liberté du choix du médecin a été plus ou moins restreinte, jusqu'à être limitée au choix du médecin le plus rapproché. Nous retombons alors dans un système de circonscriptions médicales déguisé.

En dehors de ces principaux systèmes, il en est un certain nombre d'autres qui reproduisent les caractères essentiels des précédents avec quelques variantes ingénieuses. Ils ne présentent qu'un intérêt secondaire, les modifications apportées ayant pour but non d'assurer un meilleur fonctionnement du service, mais de réduire les dépenses.

Ces mêmes systèmes s'appliquent à la désignation des sages-femmes. Il est généralement spécifié en outre que les accouchements simples doivent être faits exclusivement par les sages-femmes, toutes les fois que cela est possible; le médecin ne doit intervenir qu'en l'absence de sage-femme ou pour un accouchement compliqué.

Il n'y a aucun intérêt à ne pas laisser aux assistés le libre choix du pharmacien pour l'exécution des ordonnances. Les circonscriptions pharmaceutiques ont été imaginées uniquement pour faciliter le contrôle et simplifier les comptes.

En 1895, le système vosgien fut adopté dans 41 départements et celui des circonscriptions dans 22. La proportion reste la même à mesure que l'application de la loi s'étend. Mais cela ne veut pas dire qu'aucun changement ne se produise. Abandonnés, puis repris après l'essai d'un autre, tel est le sort des divers systèmes. Comment expliquer un tel chassé-croisé ? Il est plus conforme à la réalité d'y voir l'embarras des départements essayant vainement d'échapper aux conséquences financières de la loi.

b). — *Rémunération des praticiens.* — La désignation des praticiens est une œuvre délicate ; leur rémunération en est une plus délicate encore.

Dans certains départements, ceux précisément où est en vigueur le système des circonscriptions, on a eu recours à plusieurs façons de faire. Tantôt on fixe un prix uniforme pour toutes les circonscriptions. Tantôt on traite de gré à gré au début de l'année avec le médecin : c'est le système du forfait. Tantôt, et c'est alors le système de l'abonnement, on donne au médecin du service une indemnité proportionnelle à l'étendue de la circonscription, au nombre de ses habitants, à celui des assistés ou à plusieurs de ces éléments combinés. Ce dernier système ne peut s'accorder avec celui de libre choix du médecin, à moins qu'on n'oblige les assistés à choisir

leur médecin une fois pour toutes au début de l'année.

Généralement avec le système du libre choix, coïncide le paiement à la visite : au prix uniforme de la visite s'ajoutent des indemnités, selon qu'il y a un déplacement, qu'elle est faite la nuit, qu'elle est compliquée d'un pansement, d'une intervention. Il y a aussi des restrictions, légitimes d'ailleurs: parfois l'indemnité kilométrique n'est calculée que sur la distance qui sépare le malade du médecin le plus rapproché ; cette distance elle-même est calculée de clocher à clocher et non de maison à maison; quand il y a plusieurs visites le même jour et au même endroit, l'indemnité de déplacement n'est comptée qu'une fois.

Le système du paiement à la visite est en vigueur dans près des deux tiers des départements. C'est le plus coûteux mais aussi le plus juste ; il est réclamé partout à peu près unanimement par le corps médical.

La tarification des opérations chirurgicales a été abordée assez tardivement. Elle fut établie en 1900 pour permettre l'application de l'article 4 de la loi de 1898 qui prend comme base des tarifs médicaux pour les accidents du travail ceux de l'assistance médicale gratuite.

Pour les sages-femmes la rémunération varie peu d'un département à l'autre, et ne présente pas de difficultés. Les accouchements sont tarifés, avec ou sans indemnité kilométrique. Deux départements seulement ont le système d'abonnement.

Dans l'Aisne et les Pyrénées-Orientales, les pharmaciens reçoivent 1 franc par an et par inscrit. Partout

ailleurs ils ont un tarif spécial comportant une réduction de 20 à 50 0/0 sur le tarif ordinaire.

Comme pour la désignation des praticiens, leur rémunération a donné lieu à de multiples changements, mais qui, chose curieuse, n'intéressent généralement que les médecins.

Une particularité intéressante à signaler est l'usage de la réduction proportionnelle des mémoires, lorsque les crédits prévus sont dépassés. Cela porte bien à croire à la sincérité de cet aveu officiel : « Aussi bien, si on voulait aller au fond des choses, serait-on conduit à reconnaître dans tous les procédés de taxation, une forme de l'abonnement. »

Article 3. — Fonctionnement des services.

§ 1. — *Admission aux secours.*

TABLEAU I (1).

ANNÉES	*Départements organisés*	Inscrits sur les listes	RECOURS		Admissions d'urgence	*Total des bénéficiaires de la loi*
			Déposés	Admis		
1895	43	1.286.589	552	489	7.091	1.295.390
1896	78	1.460.666	555	453	11.257	1.473.502
1897	82	1.425.001	245	142	20.839	1.445.966
1898	83	1.396.026	230	190	27.463	1.423.679
1899	84	1.421.564	567	493	26.481	1.448.016
1900	84	1.389.459	197	176	31.765	1.421.392
1901	84	1.387.471	1.725	1.135	36 103	1.424.319
1902	84	1.397.531	987	441	44.066	1.441.768

1. Nos statistiques ne vont que jusqu'à l'année 1902 ; depuis cette époque l'administration n'a pas jugé à propos de centraliser les documents et de publier de rapports.

D'un seul coup d'œil on peut sur ce tableau se rendre compte des effets de la loi de 1893. Dès la première année, le chiffre des bénéficiaires s'élève à treize cent mille. Il ne s'accroît guère à mesure qu'augmente le nombre des départements qui s'organisent. Il tendrait même à descendre. En tous cas on peut dire que pour le chiffre des assistés, on a atteint du coup le degré de stabilité désirable.

Par contre, dans la colonne des admissions d'urgence, nous constatons une progression particulièrement rapide: en huit ans le chiffre primitif est plus que sextuplé. Ce fait est contraire à l'esprit de la loi, qui ne considère les admissions d'urgence que comme une exception. En pratique ce fait est également déplorable. Car, en allant au fond des choses on s'aperçoit qu'il se produit principalement là où règne le paiement à l'abonnement. Comme ce dernier est calculé généralement d'après le nombre des inscrits, il y a tout intérêt à réduire celui-ci à sa plus simple expression. Les malades n'en souffrent pas, puisqu'ils sont toujours soignés grâce à leur admission d'urgence. Et la rétribution due au médecin est aussi réduite que possible.

Nous pouvons trouver là une des raisons qui expliquent pourquoi le chiffre des inscrits s'est si peu élevé.

Quant aux recours que la loi avait prévus, en vue d'éviter les abus et de réparer les injustices commises, nous nous trouvons en présence de résultats dérisoires. Il faut en conclure que sur ce point le but du législateur n'a pas été atteint.

Et cependant il y a des écarts énormes dans la pro-

portion des inscrits à la population qui va de 0,9 à 13,28.

L'établissement annuel et la révision trimestrielle des listes d'assistance ont été faits d'une façon à peu près satisfaisante. La publicité du dépôt des listes a été presque partout réalisée mais il n'en a pas été de même pour la convocation des médecins. Beaucoup de commissions ont négligé de la faire, et c'est regrettable. On a allégué que les médecins ne montraient pas toujours, là où ils sont convoqués, un empressement excessif à se rendre aux réunions. Il est facile de répondre que le médecin n'a pas le don d'ubiquité, qu'il ne peut pas se trouver à la fois au chevet des malades, et aux réunions des bureaux d'assistance de plusieurs communes. Il a tort, lorsque, pouvant s'y rendre, il ne le fait pas.

Un point que nous avons eu le regret de ne pas trouver signalé dans les rapports administratifs, c'est de savoir si les conseils municipaux ont apporté des modifications aux listes présentées par les bureaux d'assistance.

§ 2. — *Délivrance des secours.*

a). — Traitement à domicile.

TABLEAU II

ANNÉES	Assistés soignés	Honoraires médicaux	Frais pharmaceutiques	Total des frais de l'assistance à domicile	*Coût moyen par soigné*
1895	346.879	1.894.301	1.528.521	3.422.821	9,86
1896	419.091	2.509.974	2.116.656	4.626.631	11,03
1897	451.071	2.716.689	2.358.692	5.075.381	11,25
1898	488.474	2.888.096	2.758.843	5.646.939	11,56
1899	498.033	3.050.165	2.961.523	6.011.689	12,07
1900	505.581	3.247.322	3.324.103	6.571.425	12,99
1901	535.832	3.321.492	3.378.522	6.700.015	12,50
1902	554.222	3.416.958	3.613.090	7.030.049	12,68

Tandis que le nombre des inscrits sur les listes d'assistance demeure à peu près stationnaire, celui des assistés soignés atteint presque le double. Ce fait est bien démontré par l'accroissement de la proportion des soignés aux inscrits, qui passe de 26 0/0 à 39 0/0. Il faut croire que les assistés apprennent à se faire soigner.

Les dépenses ont subi un accroissement proportionnel passant de trois à sept millions. Mais cet accroissement n'est pas dû uniquement à l'élévation du chiffre des malades. En même temps que ce dernier montait, le prix moyen de revient pour chaque traitement passait de 9 fr. 80 à 12 fr. 68.

Encore faut-il ici faire une distinction. L'augmentation du prix du traitement est due principalement aux frais pharmaceutiques. La moyenne de ces derniers s'est élevée de 2 fr. 20, tandis que celle des honoraires médicaux augmentait de soixante centimes seulement. Plus des trois quarts de l'accroissement sont donc imputables aux pharmaciens.

Pour atténuer les effets de cet accroissement sur leurs budgets certains conseils généraux ont imaginé le système de la réduction proportionnelle. Les dépenses, disent-ils, dépassent les crédits prévus ; nous devons plus que nous ne pensions. Eh bien ! nous ne paierons pas le surplus, et nous réduirons d'autant les mémoires des médecins et des pharmaciens. C'est, ni plus ni moins, une faillite ; le mot n'est pas de nous. Employé par le Directeur de l'Assistance, il fut repris en 1904 par le ministre de l'Intérieur, M. Combes, dans une de

ses circulaires, à propos de la réduction formidable de 48 0/0 opérée par le Conseil général de Vaucluse.

Autant la réduction proportionnelle est condamnable, autant est justifiée la réduction des mémoires qui paraissent exagérés. Et l'exagération ne doit être jugée et appréciée que par une commission compétente et impartiale, comprenant des médecins et des pharmaciens. Dans la plupart des départements de telles commissions existent et fonctionnent d'une façon satisfaisante.

Si nous faisions un examen plus approfondi des moyennes, en comparant celles de plusieurs départements dans la même année, ou du même département pendant plusieurs années, nous trouverions des écarts incroyables. Ainsi en 1900, le prix moyen du traitement est de 31 fr. 74 dans la Manche, de 4 fr. 86 dans les Hautes-Pyrénées. Dans ces mêmes Hautes-Pyrénées, cette moyenne dépasse 57 francs en 1897, et tombe en 1900 au-dessous de 5 francs. Chose plus curieuse, on ne connaît pas la cause de ces anomalies, et il ne semble pas que le service ait mieux fonctionné ici que là, en 1897 qu'en 1900.

b. — Traitement à l'hôpital.

TABLEAU III

ANNUELS	Hospitalisés	Frais d'hospitalisation	*Moyenne du traitement*
1895	12.995	993.773	76,77
1896	19.050	1.465.702	76,93
1897	19 153	1.685.883	88,11
1898	21.875	1.868.233	85,33
1899	24.053	2.001.447	83,78
1900	24.025	2.075.521	86,22
1901	25.605	2.229.744	87,08
1902	28.042	2.483.304	88,55

On avait évalué au dixième des malades, la proportion de ceux qui devraient être hospitalisés. La pratique de la loi fournit une proportion très inférieure aux prévisions. Quoique le chiffre des hospitalisés se soit accru d'année en année plus rapidement que celui des assistés soignés à domicile, la proportion n'est encore que de 1 pour 20, c'est-à-dire la moitié de la proportion prévue.

Est-ce à dire que l'assistance hospitalière n'a pas été suffisamment accordée ? C'est possible, et cela peut tenir à plusieurs causes. Ou bien les maires ont donné avec trop de parcimonie le visa prescrit par l'article 3 de la loi. Ou bien le rattachement des communes à un hôpital s'est fait incomplètement ou tardivement. Ou bien encore la répulsion persistante des malades ruraux pour l'hôpital a empêché jusqu'ici le plein fonctionnement de cette forme d'assistance.

D'ailleurs pour juger les bienfaits de l'assistance hospitalière il ne faut pas s'arrêter aux effets de la loi de 1893. Elle a été organisée en effet bien longtemps avant l'assistance à domicile. Grâce à la loi de 1851, 352.343 malades étaient hospitalisés en 1893. Cette loi n'a pas été abrogée ; au contraire l'article 25 de la loi de 1893 spécifie clairement qu'elle doit conserver son plein effet.

Si nous passons à l'examen des frais occasionnés par les traitements hospitaliers, nous voyons que les gros chiffres dominent. De moins d'un million les dépenses passent en huit ans à deux millions et demi. Cette élévation s'explique et par l'augmentation du nombre des hospitalisés, et par l'accroissement de la moyenne du traitement hospitalier.

Cette dernière qui était au début de 76 fr. 77 est en 1902 de 88 fr. 55.

Il ne faut pas incriminer le prix de la journée dont la moyenne reste invariablement aux environs de 1 fr. 50. C'est la longue durée du séjour à l'hôpital, qui fait augmenter les frais. Dans plusieurs départements cette durée dépasse 100 jours en moyenne ; et en 1902 la moyenne générale est de 56 jours. Ce chiffre est évidemment trop élevé, surtout si on le compare à celui des militaires ou des hospitalisés du secours mutuel, qui est de 25 jours. Celui-ci est trop faible, parce que l'assistance n'hospitalise que les malades les plus graves ; mais il ne devrait pas dépasser 30 ou 35. Cette longue durée des traitements est occasionnée par l'incurie de l'administration et par celle des médecins trai-

tants qui en province ne font leurs visites ni régulièrement ni complètement. Elle provient aussi de l'hospitalisation d'incurables au compte de l'assistance médicale. Cette dernière cause de trouble ne peut tarder à disparaître, étant donné que la loi du 14 juillet 1905 accorde les bienfaits de l'assistance aux vieillards et aux incurables.

Indépendamment de ces critiques, il est incontestable que l'assistance hospitalière donne d'excellents résultats, en surchargeant fort peu les budgets communaux.

§ 3. — *Contrôle.*

a). *Contrôle de l'État.* — L'État devant veiller à l'exécution de la loi de 1893, comme à celle de toutes les lois, le contrôle est pour lui un moyen de remplir le devoir qui lui incombe. Il a été organisé par l'arrêté ministériel du 30 juin 1895. Voici ses attributions : il doit instruire les demandes d'allocation sur les fonds du pari mutuel destinés à la construction et à l'agrandissement des hôpitaux ; vérifier les chiffres produits par les départements à l'appui de leurs demandes de subvention ; étudier les demandes des villes désirant une organisation autonome ; faciliter l'exécution de la loi en recueillant des informations, en donnant des explications et des conseils.

Le contrôle des dépenses ne nous intéresse pas ; car il n'aboutit qu'à des déplacements de crédits et il ne change pas le résultat général. Il n'en est pas de même

du contrôle exercé sur le fonctionnement lui-même des services, et assuré par des inspecteurs de l'Assistance envoyés chaque année dans un ou plusieurs départements différents. Il a permis de se rendre compte d'abord de l'accueil fait à la loi attendue ici avec impatience, la acceptée sans être désirée, ailleurs en butte à des résistances plus ou moins tenaces. Il a permis aussi de s'assurer de l'existence des règlements départementaux et de la régularité de leur fonctionnement. Le contrôle du détail appartient surtout au service départemental.

b). *Contrôle départemental.* — Le département a non seulement l'obligation d'organiser le service de l'assistance, mais aussi le devoir d'en assurer la régularité, et c'est ce qu'il fait en assurant le service du contrôle. C'est un inspecteur départemental de l'Assistance publique, qui en est généralement chargé ; il n'y en a pas cependant dans tous les départements.

En ce qui concerne la vérification des dépenses, le contrôle départemental n'est pas plus intéressant que celui de l'État. Mais par contre il lui est plus facile qu'à ce dernier de s'assurer que des abus ne sont pas commis tant dans l'assistance à domicile que dans l'assistance hospitalière. Il ne faut pas se dissimuler que la tâche est difficile et délicate ; une intervention maladroite pourrait soulever entre l'administration et les praticiens de regrettables conflits.

En fait de contrôle sérieux et efficace, il n'en est qu'un, c'est celui exercé par la commission de vérification des mémoires. Composée de médecins et de

pharmaciens, elle est seule compétente pour juger si le nombre de visites est en rapport avec la maladie diagnostiquée, si cette dernière légitime la nature et la quantité des médicaments prescrits. Elle supprime en même temps les erreurs et les exagérations de comptes.

§ 4. — *Abus.*

Comme il fallait s'y attendre, l'examen minutieux du fonctionnement de l'assistance médicale a permis de découvrir un grand nombre d'abus, conséquence fatale de toute organisation. Nous n'exposerons pas un à un tous ceux qui ont été constatés. Nous nous contenterons d'en retenir quelques-uns des plus typiques.

Le record en étendue des listes d'assistance est certainement tenu par ces cinq communes de la Corse qui comptaient 4.532 assistés sur 5.017 habitants ; dans une de ces communes il y avait même plus d'assistés que d'habitants.

Outre une exigence sans égale, on a constaté de la part des assistés un trafic de leurs avantages : location des livrets, vente aux rabais des médicaments d'un usage courant.

Dans un immeuble où se trouvaient deux locataires voisins, l'un aisé et atteint de névralgies, et l'autre assisté et bien portant, ce dernier a simulé des douleurs névralgiques et a vendu à son voisin l'ordonnance obtenue grâce à ce subterfuge (Puy-de-Dôme).

Dans l'Aude, une famille s'éclaire avec l'huile de foie de morue destinée aux enfants. Ailleurs c'est un repas

de première communion arrosé abondamment de vin de quinquina.

Des pharmaciens offrent aux assistés une légère rémunération pour qu'ils renoncent à prendre les médicaments ordonnés. D'autres donnent à la place des remèdes prescrits, des bons de pain, du vin de quinquina, et même du vin pur.

Les médecins eux-mêmes ne sont pas à l'abri des critiques. En dehors de l'exagération du nombre des visites (71 pour une bronchite simple, dans le Finistère) certains prescrivent trop de médicaments, et des médicaments trop chers. On voit des ordonnances de 50 et 60 francs ; celles de 10 et 12 francs ne sont pas rares. Dans un mémoire on relève 80 francs de baume du Pérou pour un galeux. Dans un autre on trouve 176 francs de théobromine, 60 francs de cocaïne et 43 francs de morphine pour un seul individu ; comme le disait un membre de la commission de vérification, il faut avouer que c'est raide. Un tuberculeux atteint de lésions au fémur reçoit 13 kilogrammes de kola, 169 mètres de gaze iodoformée et 13 kilogrammes de coton hydrophile, le tout représentant une somme de 830 francs !

Pour terminer nous citerons un fait récent que nous avons recueilli nous-même. Un client aisé va un jour trouver son médecin, et après lui avoir demandé sa note, lui présente une carte de visite de l'assistance, pour en connaître la valeur. Après un rapide calcul, il en offre alors un nombre suffisant dix à douze pour payer sa note qui s'élevait à plus de 80 francs. Le

maire de sa commune lui avait promis les douze bons de visite, s'il votait pour lui aux dernières élections municipales.

Article 4. — Services autonomes.

Nous ne serions pas complet si nous ne disions un mot des services autonomes qui fonctionnaient pour la plupart avant la loi de 1893, mais qui ne constituent pas moins pour cela une partie importante de l'assistance médicale.

L'article 35 de la loi permet aux communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète le devoir d'assistance envers leurs malades, d'avoir une organisation spéciale. L'autorisation est donnée par le ministre de l'Intérieur, après avis favorable du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Il y eut d'abord un grand nombre de demandes, beaucoup de communes considérant le régime de l'article 35 comme très avantageux et espérant éluder par ce subterfuge les obligations de la loi. Aussi, avant de donner un avis favorable, le Conseil supérieur de l'Assistance voulut-il s'assurer s'il n'était pas possible de donner satisfaction aux communes requérantes par de légères modifications aux règlements départementaux. De plus les communes furent invitées à retirer leurs demandes. Elles l'ont fait avec d'autant plus d'empressement que ce régime les privait de subventions du département. En juin 1902, 296 communes avaient obtenu l'autorisation et 60 seulement la demandaient.

Le chiffre de la population des communes autonomes est néanmoins très élevé : un peu plus de 6 millions. Et celui des bénéficiaires de ce mode d'assistance atteignait 277.887 en 1902. Ces chiffres s'expliquent par ce fait que les retraits de demandes sont opérés principalement par les petites communes, tandis que de nouvelles communes importantes ont obtenu d'organiser elles-mêmes leur service d'assistance médicale.

Les dépenses de ces services sont considérables : de cinq millions et demi en 1895, elles ont passé à près de huit millions en 1902.

Si nous les comparons à celles des services départementaux nous ne trouvons qu'un faible écart, tandis que la population bénéficiaire de l'organisation départementale est cinq fois plus considérable que celle des organisations autonomes.

La différence apparaît bien par la comparaison des moyennes du prix de revient de l'assistance par habitant : 0 fr. 37 pour les départements, 1 fr. 30 pour les communes autonomes.

Si à cela on ajoute que ces communes, par le fait de leur autonomie, ne reçoivent de subventions ni de l'État ni de leur département, et supportent tout le poids des frais de l'assistance, on comprendra combien il serait désirable qu'elles renoncent à leurs organisations et qu'elles fassent partie des services départementaux.

CHAPITRE III

CRITIQUES ET RÉFORMES

La loi de 1893 était une loi nécessaire. Si, avant elle, on a pu citer des cas de malades mourant sans avoir pu recevoir le moindre soin, aujourd'hui de tels faits ne peuvent plus se reproduire. Les pauvres ont, sinon en principe, du moins en fait, un droit à recevoir la visite et les soins du médecin quand ils sont malades.

Mais il était fatal que tout ne fut point parfait dans la meilleure des réformes.

D'abord les dépenses ont largement dépassé les prévisions et ce sont de véritables cris d'effroi poussés par les Conseils généraux voyant chaque année le flot des dépenses grossir et compromettre l'édifice branlant de leur budget mal équilibré. A notre avis, nous sommes arrivés à une période de calme et de stabilité, et les dépenses ont cessé ou vont cesser de croître.

S'il faut en subir quelques-unes qui sont indispensables et incompressibles à la fois, certaines autres pourraient être biens réduites. Il faudrait pour cela assurer

une répression sévère des abus et prendre quelques mesures appropriées, telles que l'établissement de listes d'assistance plus restreintes et plus sincères, la codification des médicaments efficaces les moins coûteux.

Unis par le péril commun devant l'accroissement des dépenses, les conseillers généraux se divisent et se livrent à d'interminables discussions sur les moyens d'y remédier. C'est alors qu'ils se retournent contre l'élément le mieux compressible, les honoraires médicaux. C'est alors aussi qu'éclatent ces conflits éminemment regrettables entre le Corps médical et le Conseil général, conflits qui ont plusieurs fois suspendu la marche des services. Il faut en prévenir le retour par des modifications dans les règlements départementaux, dont la première, à notre avis, doit être l'unification. Quant aux modes de désignation et de rémunération des praticiens, les règlements ne doivent adopter que ceux qui, plus coûteux peut-être, sont en même temps plus justes.

Unification des règlements, établissement des listes d'assistance, codification des médicaments, désignation et rémunération des praticiens, tels sont les divers points que nous allons examiner.

§ 1. — *Unification des règlements.*

On a voulu faire de la loi de 1893 une loi de décentralisation, en laissant aux conseils généraux une très grande liberté dans la réglementation des services de l'assistance médicale gratuite. L'intention était peut-être

excellente ; mais les résultats ont été médiocres. Difficilement élaborée par une assemblée de 500 membres, une loi est est loin d'être parfaite. Que peut-elle devenir livrée à 3000 sous-législateurs ?

Nous avons vu que certains conseils généraux n'avaient pas paru comprendre la nouvelle loi ; d'autres se refusaient à la besogne qui leur incombait. Et que d'hésitations, d'atermoiements, de modification avant d'aboutir à une solution définitive !

S'il est vrai que l'assistance médicale doit être considérée comme un des exemples assez rares en France de la politique expérimentale, il faut reconnaître que l'expérience a assez duré. Dans la variété des dispositions trouvées par l'imagination fertile des conseils généraux, il est temps de choisir les meilleures et d'en bâtir un règlement modèle qui régira toute la France.

Que sont, en effet, ces convenances, ces habitudes locales qui peuvent imposer des dispositions particulières ? On l'aurait compris avec les anciennes provinces. Mais avec la division purement artificielle de nos 86 départements, une telle préoccupation n'est pas légitime.

Si, au début, où en beaucoup d'endroits fonctionnait un service d'assistance plus ou moins bien établi, il était juste de tenir compte des habitudes prises, aujourd'hui il n'en est plus de même. Il est facile de s'en rendre compte, en considérant la facilité avec laquelle certains départements passent d'un système à l'autre. Et d'ailleurs, pourquoi le système vosgien ou landais, qui n'est en vigueur ni dans les Landes ni dans les Vosges, est-il

le régime idéal pour le Pas-de-Calais, tandis qu'il ne vaut rien pour les Basses-Alpes? Le paiement à la visite ne présente pas plus d'inconvénients que l'abonnement, dans le Nord plutôt que dans le Midi. On cherche vainement dans les multiples règlements départementaux une particularité qui les caractérise et qui ait été inspirée par des convenances locales. Seuls les services autonomes en offriraient peut-être quelqu'une : et tout le monde est unanime à réclamer leur disparition.

L'unification des règlements simplifierait considérablement la paperasserie et la comptabilité administrative. Le contrôle serait plus aisé. Les conseils généraux enfin se verraient avec joie débarrassés d'une tâche qui les préoccupe et prolonge inutilement leurs sessions.

Les conflits eux-mêmes entre les médecins et ces assemblées deviendraient très rares, sinon impossibles. A moins d'injustices flagrantes ou de mesures vexatoires, quelle autorité auraient dans leurs protestations ou leurs revendications quelques syndicats isolés, alors que tout le reste du corps médical se déclarerait satisfait? Ces protestations elles-mêmes ne se produiraient pas si dans la réglementation nouvelle on tenait un compte suffisant des désiderata légitimes présentés d'une façon à peu près unanime par toutes les sociétés médicales.

Contrairement au rapporteur du Conseil supérieur de l'Assistance publique, nous croyons que la belle et froide ordonnance d'un service fonctionnant régulièrement et uniformément en France, est bien préférable aux variations qui caractérisent le fonctionnement des services, aussi bien que leur réglementation.

§ 2. — *Listes d'assistance.*

Si toute la loi ne réside pas dans l'établissement des listes d'assistance, la façon dont il est fait influe considérablement sur les conséquences financières, et contribue à augmenter les dépenses.

Nous avons vu que ces listes sont dressées par la commission du bureau d'assistance et arrêtées par le conseil municipal délibérant en comité secret. Or, à notre avis, l'intervention du conseil municipal est illogique et dangereuse.

La commission du bureau d'assistance est composée de membres spécialement choisis et présentant certaines garanties morales et intellectuelles. Elle a, dans la personne des répartiteurs et des médecins, des collaborateurs éclairés. Et c'est le travail de cette commission, préparé consciencieusement, sans tapage et sans préoccupation, qui doit être vérifié, retouché par le conseil municipal, dont la composition est due à la faveur souvent capricieuse et aveugle du suffrage universel ! Le contraire paraîtrait beaucoup plus logique

Mais on objecte que la commune, financièrement intéressée, doit pouvoir prendre la responsabilité comme les charges du service. Mais n'est-elle pas bien représentée au sein du bureau d'assistance ? Sur sept membres, le conseil municipal en possède trois, dont le président : ceux-ci sont tout désignés pour faire respecter et ménager les intérêts communaux. Ne peut-elle pas se faire rendre justice par la commission cantonale ?

Illogique, l'intervention du conseil municipal est également dangereuse. C'est en effet un corps élu, et ses membres auront beaucoup plus le souci de favoriser leurs propres électeurs, que celui de sauvegarder l'intérêt général. Il ne faut pas avoir été mêlé de bien près aux luttes électorales pour s'être rendu compte que souvent l'inscription d'un individu, de toute une famille sur la liste d'assistance, était le paiement d'un vote en faveur de la majorité élue. Il serait beaucoup plus moral et plus sage d'écarter du bureau d'assistance toute préoccupation électorale. Désigner les personnes incapables de subvenir aux frais entraînés par leur maladie, est une besogne assez sérieuse et délicate, pour qu'on ne la complique pas en faisant intervenir les passions politiques.

On peut dire aussi que l'accroissement dans le nombre des inscriptions d'urgence, est dû à l'immixtion du conseil municipal. C'est en effet dans les départements où le système de l'abonnement est en vigueur, que sévissent le plus les inscriptions d'urgence. On fait des listes aussi réduites que possible, pour que la commune ait moins à payer au médecin.

L'inscription d'urgence doit être l'exception. Au congrès national d'assistance publique tenu à Bordeaux en 1903, le Dr Rivière proposait, pour diminuer les recours à l'assistance médicale, de restreindre le plus possible le nombre des assistés inscrits, sauf à recourir ensuite en cas de besoin aux admissions d'urgence. M. Rondel, inspecteur général de l'Assistance publique, s'éleva avec force contre cette façon de voir. D'après

lui on doit inscrire sur la liste d'assistance tous ceux qui sont présumés ne pouvoir en cas d'accident supporter les frais de leur traitement, alors même qu'au moment de leur inscription ils ne soient pas dénués de ressources.

C'est toujours dans le but d'épargner les finances municipales que les conseils municipaux inscrivent seulement sur les listes les chefs de famille. Avec le même carnet, avec la même carte tous les membres de la famille reçoivent les soins que comporte leur état. Cette pratique assez répandue est irrégulière et contraire à l'esprit de la loi. Elle devrait donc disparaître.

§ 3. — *Codification des médicaments.*

Ce sont les frais pharmaceutiques qui ont contribué le plus largement à grossir les dépenses de l'assistance médicale gratuite. Dans la période que nous avons étudiée ils constituent les deux cinquièmes de l'augmentation de ces dépenses. Faut-il laisser s'aggraver une situation déjà déplorable sans essayer d'y porter remède ? Il semble que ce soit l'avis des conseils généraux qui s'occupent seulement des honoraires médicaux.

Incontestablement, c'est le médecin qui par ses ordonnances est le maître de la situation. L'inviter à user modérément de son pouvoir discrétionnaire, nous semble une mesure oiseuse et inutile. Le menacer, comme dans un département, de réduire ses honoraires, lorsque la moyenne de ses ordonnances dépassera la

moyenne générale, c'est évidemment là un moyen de coercition qui, pour être efficace, est fort discutable au point de vue de la légalité.

Si on peut demander aux pharmaciens une nouvelle réduction sur leurs tarifs, celle-ci ne pourra jamais être assez grande pour diminuer bien sensiblement le chiffre de quatre millions qui représente les frais de médicaments et d'appareils.

Il faut trouver autre chose, et pour nous la clé de la situation est dans la limitation du nombre des médicaments mis à la disposition des malades de l'assistance.

Qu'on ne vienne pas nous dire que nous voulons que ceux-ci soient moins bien soignés que les malades aisés. Une telle mesure est en vigueur dans l'armée et dans les grandes compagnie des chemins de fer. Et nous ne croyons pas qu'elle ait augmenté la mortalité ou retardé la guérison de nos soldats ou des hommes d'équipe.

Ce n'est pas s'aventurer beaucoup, ou faire preuve d'une sincérité bien méritoire que de reconnaître que, parmi les remèdes en usage dans la pharmacopée, les uns et peut-être les moins nombreux sont actifs et efficaces, d'autres sont inoffensifs, et d'autres enfin sont des remèdes de luxe. Nous ne citerons pas des exemples ; mais pour nous en tenir à la première catégorie, nous n'avons qu'à faire un rapide examen de la thérapeutique de nos maîtres dans leurs services hospitaliers, pour nous assurer que la liste n'en serait pas bien longue.

Non seulement tous les remèdes ne sont pas efficaces, mais pour chacun d'eux les formes sous lesquelles

on les présente, ne sont pas également coûteuses. Les solutés sont moins chers que les sirops ; un vin de quinquina préparé en faisant macérer de l'écorce de quinquina est bien moins coûteux qu'un vin acheté tout prêt chez un pharmacien.

Dresser la liste des médicaments qui seuls méritent d'entrer dans la thérapeutique de l'assistance médicale, fixer les formes qui, tout en étant aussi actives et moins coûteuses, doivent être prescrites, voilà le meilleur moyen de réduire sûrement et sensiblement les dépenses pharmaceutiques.

Pour faire ce travail délicat et minutieux, une commission, composée des maîtres de la clinique, de la thérapeutique et de la science pharmaceutique, analogue à celle qui vient de publier la nouvelle édition du Codex, semblerait toute indiquée.

§ 4. — *Désignation des médecins.*

Il est peu de questions qui aient été aussi discutées que la désignation des médecins dans les services de l'assistance médicale gratuite. L'indigent a-t-il le droit de choisir le médecin à sa convenance ? L'administration peut-elle lui en imposer un ? Ces questions sont à l'ordre du jour dans les réunions de presque tous les Conseils généraux, de presque toutes les Sociétés médicales. Elles sont trop importantes pour nous, futur praticien, pour que nous ne les discutions pas, en laissant de côté les particularités qui dans certaines régions rendent ce terrain brûlant.

On a dit, et c'est profondément vrai, que le succès d'un traitement médical est en raison directe de la confiance que le médecin inspire à son malade. Pourquoi refuser au pauvre le pouvoir qu'a le riche de recourir aux soins du médecin en qui il a toute confiance?

Par contre la Faculté ne fait point de distinction entre les diplômes qu'elle délivre : on est docteur en médecine, sans épithète. Les clients font ensuite des distinctions, établissent des hiérarchies qui souvent n'ont aucun rapport ni avec la valeur scientifique du médecin, ni avec la conscience qu'il met à faire tout son devoir et rien que son devoir. On ne voit donc pas sur quoi se baserait le choix fait par le Préfet en dehors des concours. Celui-ci n'est nullement autorisé à se substituer aux malades et à désigner celui qui seul pourra les guérir. Il ne pourra évidemment faire intervenir que les raisons politiques : et au point de vue médical, celles-ci ne peuvent qu'être déplorables. Conclusion : que le Préfet laisse aux indigents malades l'embarras de choisir leur médecin traitant.

Voilà la théorie : la thèse est lumineuse, évidente et on ne comprend pas comment il est seulement besoin de la discuter.

Mais autre chose est la théorie, autre chose est la pratique. Dans cette question il est en dehors du malade et du médecin, un troisième facteur, le contribuable, qu'on ne doit pas oublier et que n'oublient pas les médecins qui, à la tête d'un canton ou d'une commune, sont moins enthousiastes du libre choix.

En effet le libre choix a une conséquence déplora-

ble : celle d'augmenter sensiblement les dépenses de l'assistance médicale. Le malade faisant venir le médecin qui lui plaît, en appelle un souvent fort éloigné. Au cours de la même maladie il s'assurera auprès de plusieurs qu'il reçoit un traitement suffisant. Il oblige celui qui le soigne à lui prescrire les médicaments qui lui plaisent, vins ou sirops, fortifiants ou dépuratifs, par la menace facile de s'adresser à un concurrent, en cas de refus. Voilà comment s'accroît le nombre des visites ; voilà comment les frais pharmaceutiques prennent des proportions inquiétantes. Les statistiques sont sur ce point très démonstratives.

Faut-il alors revenir au système cantonal ? Faut-il mettre dans chaque circonscription un médecin fonctionnaire nommé par le Préfet et révocable à sa guise ? Après tout, les milliers de malades qui sont chaque année soignés dans nos hôpitaux ne choisissent pas le médecin qui les traite, et ne s'en portent pas plus mal. Les soldats à la caserne doivent bien subir les médecins que l'autorité militaire leur impose. Leur sort n'est-il pas aussi intéressant que celui des indigents de nos campagnes ?

Ce n'est ni au système du libre choix absolu, ni à celui des circonscriptions et du médecin fonctionnaire que vont nos préférences. Nous voulons un système intermédiaire différant et tenant des deux à la fois, permettant d'épargner les finances publiques tout en laissant aux assistés la plus grande liberté possible dans le choix de leur médecin.

On divise le territoire en autant de circonscriptions

qu'il y a de communes dans lesquelles réside un médecin, ayant accepté les tarifs et les règlements du service. Ces circonscriptions sont des cercles ayant la résidence du médecin comme centre, et comme rayon la moitié de la distance qui le sépare du centre voisin. Les limites seraient purement artificielles et variables selon la nature du terrain.

Les habitants de la circonscription choisissent parmi les médecins qui y résident, lorsqu'il y en a plusieurs. S'il y a un seul médecin, ils sont obligés d'avoir recours à lui, à moins que les médecins des centres voisins n'acceptent de venir moyennant la même rétribution que celle qui est accordée au confrère le plus rapproché. Ceux qui sont sur les limites ont la faculté de s'adresser aux médecins des centres voisins.

En un mot nous voudrions maintenir le libre choix, autant que cela est possible, sans surcharger le budget.

Une réserve s'impose pour éviter un trop grand nombre de visites ; l'assisté ne doit pouvoir changer de médecin dans le courant de la même maladie, à moins que celui-ci ne lui refuse ses soins.

Cette réserve peut paraître cruelle dans les cas de maladies chroniques, ou d'affections particulièrement graves. Ne pourrait-on pas, comme le propose le Dr Legillon d'Hazebrouck, donner à l'indigent le droit d'appeler à son chevet en consultation un médecin de son choix, lorsque le médecin attitré a porté un pronostic grave ou craint une issue fatale? Ce serait évidemment très profitable pour le malade. Mais il est à craindre qu'il n'y ait bientôt un abus de consultations, et que ces

consultations n'entraînent des dépenses considérables.

Dans ce système de circonscriptions multiples et variables tous les médecins peuvent être appelés à assurer le service de l'assistance médicale. On laisse aux indigents une liberté de choix aussi étendue que possible, et dont se contente la généralité de la classe moyenne.

Pour le médecin, la clientèle indigente ressemble d'une façon très approximative à la clientèle payante et pour le malade comme pour lui, on ne peut pas demander mieux.

§ 5. — *Rémunération des médecins.*

Pour être plus terre à terre, la question des honoraires médicaux n'en a pas moins été discutée de part et d'autre avec autant de véhémence et d'âpreté que la précédente.

Les exigences de la vie moderne, le besoin d'aisance sans cesse croissant, l'encombrement de la carrière médicale, l'affaiblissement de la considération accordée à sa profession, ont rendu le médecin plus attentif à son budget, plus exigeant pour ses honoraires, tandis que les dépenses de l'État grossissant de jour en jour commandent une plus sévère économie. Cette opposition d'intérêts devait amener et a amené des conflits : examinons les droits de chaque partie.

L'État joue le rôle de bienfaiteur officiel : il soulage ceux de ses membres qui sont dans le besoin, et en cela il ne fait que son devoir. Mais s'il veut avoir les honneurs de son rôle, s'il veut mériter la reconnais-

sance à laquelle il a droit, il doit en supporter toutes les charges. Depuis la loi de 1893, le médecin est descendu de son piédestal pour ne devenir, aux yeux des assistés, que leur humble serviteur. Pourquoi ce dernier devrait-il prendre sa part des sacrifices exorbitants auxquels l'État se trouve acculé ?

On a dit que l'exercice de la médecine est un monopole, et que de ce chef les bénéficiaires du monopole doivent en retour des concessions à la société. Mais il n'y a pas monopole : il faudrait, pour qu'il y en eût un, que le nombre des médecins fût limité, et il ne l'est pas. Les précautions dont la société entoure la profession médicale, ne sont que des mesures de préservation pour elle-même. Seule elle a en cette matière un monopole, celui des diplômes, et elle en retire un large profit.

Le médecin est d'autant moins obligé de consentir des faveurs à l'État, qu'il n'est dispensé par celui-ci d'aucune des obligations, des charges qui pèsent sur les citoyens ordinaires. Il doit faire son service militaire comme tout le monde. Il paie ses impôts comme tout le monde ; bien plus il est menacé, grâce à une réforme fiscale en préparation, de devenir le plus lourdement grevé des contribuables.

Tout travail mérite salaire ; le salaire doit être proportionnel au travail. Voilà les deux principes indiscutables qui doivent inspirer les rapports de l'État et des médecins, en fait d'assistance. Le médecin, en donnant une consultation, en faisant une visite, exécute un travail, d'une nature spéciale il est vrai, mais qui n'en exige pas moins un long apprentissage préalable, un

effort intellectuel et physique d'une certaine durée. Il a donc droit à une rétribution. Cette rétribution devra être plus élevée, si la visite oblige le médecin à un déplacement, si elle a lieu pendant la nuit. Il est juste que le dérangement, les frais de transports, les risques à courir aient une compensation.

Avec quel système de payement pourrons-nous tenir une balance exacte entre le travail exécuté par les médecins au compte de l'Etat et la rétribution qui leur est due ?

Ce ne peut être évidemment le système de l'abonnement. Car ce dernier n'est calculé que sur des éléments très variables et qu'on ne peut apprécier d'une façon approximative. Comment savoir en effet quel sera le nombre des inscrits sur les listes d'assistance ? Nous ne savons qu'une chose, c'est qu'avec le système de l'abonnement, les municipalités les réduiront à leur plus simple expression. Mais après tout ce n'est pas le nombre des inscrits qui importe, pas plus que la population ou la superficie d'une circonscription médicale. Un seul élément intéresse le médecin : c'est le nombre des assistés qui auront recours à ses soins. Et cela, aucune statistique, aucune moyenne ne permet de le prévoir : une épidémie ou une température favorable peuvent faire varier les calculs d'un extrême à l'autre. Les affections peuvent encore être plus ou moins graves, dominer en des lieux plus ou moins éloignés. Toutes les moyennes du monde ne peuvent nous en donner une idée exacte : vraies pour la généralité des médecins, elles deviennent fausses quand elles sont appliquées à chacun d'eux.

Le système de l'abonnement n'est préféré par certains départements, que parce qu'il permet de rétribuer le moins possible les médecins de l'assistance, et qu'il offre une grande commodité pour l'élaboration des budgets.

Seul, le système de paiement à la visite permet de proportionner rigoureusement la rétribution au travail fourni par les praticiens.

Seul, en effet, il tient compte du nombre des visites, des déplacements, de l'importance des interventions. Il devrait donc être adopté par tous les services d'assistance. Si les budgets sont moins faciles à préparer, les conseils généraux auront la satisfaction d'être justes et équitables. Ils seront assurés en même temps que les médecins, voyant leurs efforts récompensés, soigneront avec plus d'attention et de zèle la partie de notre population la plus digne d'intérêt.

Les médecins ne font-ils pas de leur côté d'importants sacrifices puisque pour les visites des indigents, les déplacements, les interventions, ils ne demandent que la moitié de la rémunération qu'ils exigent de leur clientèle payante ? Pourtant, nous avons vu que rien ne les y oblige. Mais c'est qu'ils ne perdent pas de vue la noblesse de leur profession ; c'est qu'ils ne savent pas rester sourds aux appels du malheur et de la souffrance.

CONCLUSIONS

I. — Une loi était nécessaire pour assurer aux pauvres l'assistance médicale.

II. — La loi de 1893 a bien rempli ce but et a donné des résultats satisfaisants.

III. — Les dépenses énormes qu'elle a entraînées, peuvent être réduites par la répression sévère des abus, par un établissement plus indépendant des listes d'assistance, et par la codification des médicaments efficaces les moins coûteux.

IV. — Les conflits si regrettables qui se sont élevés contre les conseils généraux et le corps médical seront évités si, dans le règlement unique qui devrait régir toute la France, on laisse aux malades la plus grande liberté possible dans le choix du médecin, et si on adopte le système du paiement à la visite, le seul équitable.

Vu : le Président de thèse
CHANTEMESSE

Vu pour le Doyen,
l'Assesseur,
POUCHET

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Baudouin. — L'Assistance chirurgicale gratuite. *Progrès médical*, mars 1887.

Baudry, Bousquet, Dallert. — *Compte rendu du Congrès de Médecine professionnelle et de Déontologie.*

Bedoin. — L'Assistance médicale gratuite dans les campagnes. *Annales d'Hygiène publique*, juillet 1894.

Bloch. — De l'Assistance médicale gratuite dans les campagnes. *Thèse de Paris*, 1896-1897.

Boju. — De l'Assistance médicale gratuite dans un département. *Thèse de Paris*, 1897-1898.

Campagnole. — Commentaires de la loi du 15 juillet 1893.

Casset. — Législation médicale.

Chopinet. — La situation matérielle du médecin et les lois nouvelles.

Coquaud. — De l'Assistance médicale gratuite. Notes et réflexions. *Thèse de Toulouse*, 1899-1900.

Dupin. — L'Assistance médicale gratuite et le syndicat des médecins du Lot-et-Garonne. *Thèse de Bordeaux*, 1904-1905.

Gérando (Baron de). — Traité de la bienfaisance publique.

Jammes (P.). — L'Assistance médicale gratuite (Loi du 15 juil. 1893). *Thèse de Paris*, 1894-1895.

Mirman. — Rapport au Conseil supérieur d'Assistance et d'Hy-

giène publiques. Application de la loi du 15 juil. 1893, pendant la période 1900-1902.

Monod.—Rapports au Conseil supérieur d'Assistance et d'Hygiène publiques. Application de la loi du 15 juil. 1893 pendant les années 1895-1896, pendant la période 1897-1899.

Rondel. — L'Assistance médicale gratuite. *Revue politique et parlementaire*, avril 1895.

Annales des Assemblées départementales.

Bulletin du Syndicat médical de la Seine.

Compte rendu du Congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée. Bordeaux, 1903.

Concours médical. Années 1904 et 1905.

Questions d'assistance traitées dans les conseils généraux.

Revue des établissements d'assistance et de bienfaisance.

Statistiques annuelles du ministère de l'Intérieur, n° 3, *statistiques de l'Assistance médicale gratuite*, 3 a et 3 b nouveau.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

Avant-propos. . . . . . .

CHAPITRE I. — **L'assistance médicale et la loi de 1893.** 10

Art. 1. — L'ASSISTANCE AVANT LA LOI 10

Art. 2. — LA LOI DU 15 JUILLET 1893 14

CHAPITRE II. — **Application de la loi de 1893.** . . . 21

Art. 1. — MARCHE GÉNÉRALE 21

Art. 2. — ORGANISATION DES SERVICES 23

§ 1. — Assistance hospitalière. 23

§ 2. — Assistance à domicile 24

a). — *Désignation des praticiens* 24

b). — *Rémunération des praticiens* . . . 26

Art. 3. — FONCTIONNEMENT DES SERVICES 28

§ 1. — Admission aux secours. 28

§ 2. — Délivrance des secours. 30

a). — *Traitement à domicile.* 30

b). — *Traitement à l'hôpital.* 33

§ 3. — Contrôle 35

§ 4. — Abus 37

Art. 4. — SERVICES AUTONOMES 39

CHAPITRE III. — **Critiques et réformes.** 41

§ 1. — Unification des règlements 42

§ 2. — Listes d'assistance 45

§ 3. — Codification des médicaments 47
§ 4. — Désignation des médecins. 49
§ 5. — Rémunération des médecins. 53
Conclusions. 57
Bibliographie. 58
TABLEAU I. — *Admission aux secours* 28
TABLEAU II. — *Traitement à domicile* 30
TABLEAU III. — *Traitement à l'hôpital* 33

Imprim. des Facultés A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.